BVD / MD - Bekämpfung

Angaben über den Herkunftsbestand

Name des Tierhalters:
Straße / Hnr. des Tierhalters:
PLZ / Ort:
Bank / Konto-Nr.:

Bestätigung des Fleischuntersuchungstierarztes

Der unterfertigte Fleischuntersuchungstierarzt bestätigt, dass das unten näher bezeichnete Rind geschlachtet wurde.

Fleischuntersuchungstierarzt

Vor- und Zuname:
Anschrift:

Angaben über das Rind

Rasse:	Alter:
Geschlecht:	Ohrmarken-Nr:

Angaben über die Schlachtung:

Schlachtbetrieb:	Datum der Schlachtung:

Ort, Datum

FU – Stempel

Unterschrift des Fleischuntersuchungstierarztes

Bestätigung

Der unterfertigte Betriebsinhaber bestätigt, dass für das oben näher bezeichnete Rind ein Schlachterlös in der Höhe von € ..... an den Tierbesitzer ausbezahlt wurde.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Fleischbetriebes

Die ordnungsgemäße unschädliche Beseitigung des Tierkörpers wird im Falle der Untauglichkeit bzw. der Tötung durch den Fleischuntersuchungstierarzt bzw. die TKE-Sammelstelle bestätigt.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Fleischuntersuchungstierarztes oder des für die TKE-Sammelstelle Verantwortlichen